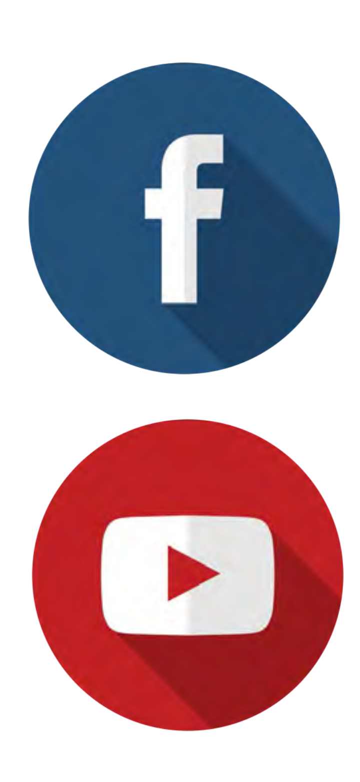

.Net
La faculté
Seek Knowledge





Urgences chir du NNé

malformat° congénitales → très graves incompatibles avec vie mais curables par intervent° immédiate

Viscérales
* digestives :
  - atrésie œsophage
  - fistule œso-trachéale
  - occlusion intestinale
  - malformat° ano-rectale
* pulm : - kyste pulm
  - emphysème obstructif
* diaphragme : hernie

Pariétales
* paroi ventrale :
  - omphalocèle
  - laparoschisis
* paroi dorsale :
  - spina bifida
  - tératome sacro-coccygien

Dc anténatal possible

⚠ devant tt malf° congénitale rechercher d'autres malf°

2 tableaux cliniques
- → détresse respiratoire { atrésie œsophage ; hernie diaphragmatique
- → occlusion intestinale → duodénum, grêle, côlon, péritonite

① Atrésie congénitale de l'œsophage : Pc bcp sur autres malf°

= interrupt° complète de la lumière œsophagienne +/- fistule trachéo-œsophag°

↳ 5 formes anatomiques : (? petit pds de naissance)
- I : atrésie sans fistule
- II : " avec " proximale
- III et IV : " avec " inférieure = la plus fréq
- V : " avec dble fistule

↳ malf° associés :
- petit pds de naissance
- cardiopathies congénitales, atrésie duodénale, imperforat° anale
- génito-urinaires, respiratoires, ostéo-articulaires
- SNC, fente labiale, palatine

↳ Clinique :
- Hydramnios +++ (suite à l'impossibilité de dégluti° du liq amniotique)
- salive abondante, aérée, mousseuse + encombrement de bouche + naso-pharynx
- qlq signes de détresse resp : tirage, battement des ailes du nez

↳ Dc ⊕ : Epreuve à la sonde ++, TLT (F, P)
↓
sonde souple, à bout mousse → arrêt net de progression de la sonde à 10 cm AD + impossible aspirer liq gastrique

↳ TRT :
- Transport +++ : en posit° ½ assise
- aspirat° continue du C.D sac sup (éviter pneumopathie d'inhalat°)
- jamais ventilat° au masque !! (en cas fistule distale air → tube digestif)
- fermeture de fistule œso-trachéale urgente. + gastrostomie ↙ d'alimentat°
- reconstitut° de la contiguïté œsophagienne (immédiate / différée)

= passage des viscères abdominaux ds la cavité thoracique à travers d'un orifice anormal en gle = postéro-lat

↳ Clinique : - Détresse respiratoire
- thorax globuleux + ventre plat
- auscultat° : - refoulem^t BDC
- ∅ MV
- Bruits hydro-aériques

↳ Rx : Thx + abdomen :
- images intestinales
- médiastin déplacé vers côté ≠
- abdomen opaque + ∅ bulles gazeuses intestinales.

↳ TRT : - intubat° trachéale immédiate.
- ∅ ventilat° au masque
- geste : fermeture brèche diaphr + réintroduct° du tube digestif

③ Occlusion intestinale :

↳ Dc ⊕ : - vomiss^t bilieux si obstacle < ampoule de Vater.
- météorisme abd
- ∅ éliminat° méconium

⚠ plus obstacle haut situé = vomiss^t précoces, intenses
" " bas " = abdomen balloné

si ∃ hydramniose = difficulté de réabsorpt°

↳ Etiologies :

- **occlusion duodénale** : vomiss^t bilieux + abdomen plat + d'éliminat° méconium
  - ↳ ASP : image en dble estomac / dble n° hydro-aérique, à gche et à drte
  - ↳ étiologies : - atrésie
    - diaphragme complet
    - pancréas annulaire
    - défaut de rotat° de l'anse intestinale

- **occlusion du grêle** :
  - atrésie, diaphragme, duplicat°, Σ^d grêle court
  - Iléus méconial ds mucoviscidose.
  - Dilatat° intestinale segmentaire

- **occlusion du colon** :
  - ↳ mdie de Hirschprung : Défaut de Dvlpt des ∅ gg du plexus nerveux de Meissner et d'Auerbach → occlusion f^lle
    - fréqte, ♂ +++
    - tableau tardif (48e h) : ∅ / Retard éliminat° méconium
      TR / épreuve à la sonde → éliminat° explosive de gaz + méconium

Scanned by CamScanner

* Radio : - ASP dilatat° gazeuse imp
  - lavem^t baryté +++ segm^t étroit + dilatat° sus jacente
  - manométrie
* Biopsie rectale : absence de ¢ gg + épaississ^t des troncs nerveux
  histo et histologique

↳ 2^d du bouchon méconial
- en gle chez prématuré / petit pds naissance
- ASP distension des anses +/- n^x hydro-aériques
- lavem^t baryté : moule caractéristique
- symptômes disparaiss^t en qlq h

↳ petit côlon gche :
- survient chez nouveaux nés diabétiques + petits pds naissance
- c'est une immaturité f^le des plexus nerveux de l'intestin
- ASP : distension intestinale diffuse, modérée ∅ n^x
- lavem^t : petit côlon gche + petit calibre + bords lisses

↳ malformat° ano-rectales :
- imperforat° vraie
- sténose
- anie de situat° : ectopie

+ malform° : urinaire, pied bot, atrésie œso, mongolisme, card

④ Péritonite néo-natale : clinique = occlusion + circulat° collatérale
+ 2 élmt en faveur de péritonite :
  ↳ œdème de la paroi + infiltrat° région pubienne, bourse, grdes lèvres
  ↳ silence abdominal à l'Ⓐ°
→ ASP = large pneumopéritoine

* Etiologies :
- Péritonite méconiale : perforat° intestinale suite à ischémie + nécrose locale du grêle / obstruct° (atrésie, bouchon méconial, mucovisc)
  (ASP = pneumopérit modéré)
- Péritonite post-natale par perforat° : clinique retardée + brutale
  AEG + distension abd DL + vomiss^t + pneumopéritoine
  TRT chir
- Péritonite primitive : suite à infect° néo-natale
  TRT médical

⑤ Malf° de paroi ventrale :

∴ Omphalocèle :

- viscères contenus ds un sac
- facilem^t identifiables
- ∅ TRT → sac se rompe / se nécrose

∴ Laparoschisis :

- éviscérat° congénitale
- viscères fermés dépourvus de tt couverture
- TRT : réintégrat° des viscères + couverture

⑥ Tératome sacrococcygien : Rare, ♀ +++

soit :
- TR fessières extériorisées, unilat, fermes.
- TR non extériorisé +++ : pelvienne / abdomino pelvienne

DC :
- TR
- α foeto. prot ↗
- écho / TDM

TRT chir

Pc excellent (risque dégénérescence minime, récidive possible)